COSMO CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

INFORMIRANI PRISTANAK ZA APLIKACIJU HIJALURONSKOG FILERA

Ime i prezime pacijenta: _____
Indikacija za primjenu terapije: PTOZA / DEFLACIJA LICA

Hijaluronski fileri su sterilni biorazgradivi gelovi koji sadrže hijaluronsku kiselinu. Koriste se za **dodavanje volumena licu, popunjavanje bora i konturiranje lica i usana**.

Efekti hijaluronskog filera:

Veže veliku količinu vode i hidrira kožu

Održava tonus kože

Neutralizira štetne slobodne radikale

Nadoknađuje izgubljenu punoću i volumen

Mogući neželjeni efekti

- Infekcija
- Granulomi
- Vaskularna okluzija
- Alergijske reakcije na preparat (primarne ili sekundarne)
- Apsces, celulitis
- Reaktivacija herpes simplex

Vrijeme pojave komplikacija:

- **Rane komplikacije:** javljaju se satima do danima nakon injekcije
- **Odložene komplikacije:** javljaju se tjednima do godinama nakon tretmana

Neposredne reakcije preosjetljivosti: nastaju unutar nekoliko minuta, uz eritem, edem, bol i svrbež; obično prolaze spontano u satima ili danima.
Odložene reakcije preosjetljivosti: javljaju se 1–3 dana nakon tretmana, uz eritem, edem i induraciju; obično se spontano povlače bez posljedica.

Kontraindikacije

- Alergija na hijaluronski filer

COSMO CHIRURGIA

tel: + 385 1 4873 023
e-mail: info@cosmochirurgia.hr
Adresa: Gradišćanska 34, 10 000 Zagreb

- Trudnoća i dojenje
- Poremećaj zgrušavanja krvi
- Autoimuna oboljenja

Pristanak

Ovim potvrđujem da razumijem sve informacije koje mi je dao liječnik, kao i sadržaj ovog dokumenta. Dajem svoj **dobrovoljni pristanak** za izvođenje predložene intervencije (uključujući druge potrebne postupke) od strane liječnika, njegovih asistenata i drugog obučenog medicinskog osoblja, kao i prisustvo medicinskog promatrača tijekom zahvata.

Potpis pacijenta (ili zakonskog skrbnika): _____

Potpis liječnika: _____

Datum: _____